# IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

DIRETTO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI
DIRETTORE DELLA R. CLINICA MEDICA DI ROMA

FRANCESCO DURANTE
DIRETTORE DEL R. ISTITUTO CHIRURGICO DI ROMA



A. D'ANTONA

PROF. DI CHIRURGIA NELLA REGIA UNIVERSITÀ DI NAPOLI


# NOVE CASI

DI

# CHIRURGIA CEREBRALE

## (EPILESSIA)


(Estratto dal Vol. I-C, Fasc. 3)

ROMA

SOCIETÀ EDITRICE DANTE ALIGHIERI

1894

Roma, 1894 — Tipografia Nazionale di G. Bertero.

# Nove casi di chirurgia cerebrale (Epilessia).

## Comunicazione fatta alla Società italiana di chirurgia

da A. D'ANTONA

*Prof. di Chirurgia nella Regia Università di Napoli*

---

Signori! — Nell'ultima nostra riunione del 1891, quando io ebbi l'onore di esporre qui il mio metodo di topografia cranica, io rinunciai a parlare di quei pochi casi di trapanazione che mi appartenevano, perchè volevo acquistare maggiore esperienza personale sull'argomento col seguire i risultati operativi più lontani possibili dalla data dell'operazione, ed anche perchè sperai potere accrescere il numero delle mie osservazioni. Oggi vi riferisco di nove casi, intorno ai quali farò qualche breve considerazione.

1°.

Vincenzo Gianmuto, di anni 20, fuochista, da Ottaiano.

Nessuno antecedente ereditario: nessuna malattia pregressa; sin da bambino però l'infermo ha avuto poco chiara la pronunzia.

Nell'agosto 1888 ricevette due colpi di bastone, uno al gomito sinistro e l'altro alla regione temporo-parietale sinistra, con frattura complicata a ferita delle parti molli.

Immediatamente ebbe vertigini, senza perdita di coscienza, e si trovò nell'impossibilità di *articolare parola*, pur conservando *l'idea della parola*.

Dopo 12 ore circa, il mattino seguente, svegliandosi si accorse di non poter *muovere gli arti di destra*.

Dopo due mesi guarigione della ferita esterna e quasi completa risoluzione dell'*afasia* e dell'*emiplegia*, se non che una mattina dell'ottobre (3 mesi dopo il primo accidente) ebbe una prima convulsione, la quale s'iniziò con senso di oppressione precordiale e parestesia nella metà del torace e nell'arto superiore destro: seguirono spasmi clonici e tonici a tutto il mezzo lato di destra e perdita della coscienza. Movimenti di opposizione del pollice. Nello stesso giorno, altre due convulsioni.

Nel gennaio 1889 — 4ª convulsione.

Nel febbraio 1889 — 5ª convulsione.

Nel marzo 1889 — 6ª, 7ª, 8ª convulsione.

Le convulsioni, avvenute quasi sempre di giorno e per lo più dietro eccitamenti psichici, continuarono in seguito più frequenti.

Nell'aprile 1880, fu ammesso in Clinica e poco dopo fu colto da nuova convulsione.

1° Aura discretamente lunga, più di un minuto, con senso di calore al viso, leggieri spasmi clonici ai muscoli dell'antibraccio destro e della mano con movimenti di opposizione del pollice — spasmi ancor più leggieri all'arto inferiore dritto — senso di stiramento all'occhio destro: l'ammalato avvertiva il sopravvenire della convulsione.

2° Periodo convulsivo: perdita della coscienza, contrazione tonica degli arti di destra intensa, si distendono le dita, il pollice si flette, e s'adduce, poi contrazioni leggere nella metà sinistra del corpo, deviazione a sinistra dell'angolo labiale e della pinna nasale: all'occhio destro, strabismo inferiore-interno, rapidi movimenti delle palpebre, cianosi, schiuma alla bocca.

La convulsione ha la durata di 10-15 minuti.

**Esame fisico.** — Nella regione temporo-parietale sinistra notasi una cicatrice di 2 1/2 centimetri di lunghezza e 7 millimetri di larghezza, irregolare nella forma, digitata, in direzione obliqua dall'alto al basso e da dietro in avanti, alquanto depressa, rosea e sottile. In corrispondenza di tale cicatrice si nota una depressione dell'osso, quasi della medesima dimensione della cicatrice istessa, la quale si presenta come una fovea in cui si può immettere il polpastrello del dito.

La posizione della cicatrice e della depressione ossea in rapporto alla topografia cere-

brale parea corrispondesse (metodo Lucas Championnière) all'*unione del terzo inferiore col terzo medio del solco Rolandico* (1).

Fenomeni principali rilevati in Clinica:

Indebolimento muscolare dell'arto superiore destro (qui il manometro segnava 15' contro 25 di sinistra), parola incerta e balbuzie.

Accessi epilettici tipici ripetuti giornalmente, con perdita della coscienza.

**Diagnosi.** — Frattura della vôlta cranica con depressione di frammenti complicata a ferita dei tegumenti esterni — guarigione di quest'ultima — afasia ed epilessia jacksoniana generalizzata.

**Operazione.** — Previa scrupolosa antisepsi, si mette a nudo il parietale sinistro su cui si applicano due corone di trapano da comprendere la depressione: le due corone distano circa 2 centimetri. Con lo scalpello si fa saltare questo ponte intermedio. In corrispondenza della depressione trovasi la dura meninge sclerotizzata, aderentissima al tavolato interno, tanto che distaccato l'osso viene uno zampillo della meningea media, rotta per strappamento nel rimuovere il disco osseo. S'incide la dura, e si trovano aderenze sotto-durali. La dura è scollata; viene sangue capillare che a grande fatica si modera colla compressione. Rimosse le compresse, continuando un po' di sangue viene in avanti la sostanza cerebrale, che riesce difficile a contenere. Non potendo cucire la dura si lascia lo zaffo, e si sostiene con fascia contentiva.

Segue emiplegia dritta completa; rallentamento del polso sino a 38-40; scolo abbondantissimo di liquido cefalo-rachidiano da bagnare tutta la medicatura.

Nelle medicature successive si mostra una fovea scavata nella sostanza cerebrale. Perdura lo scolo liquido. Comincia, dopo una settimana, a colmarsi quel vuoto, a migliorare l'emiplegia e l'afasia. Niente più accessi epilettici.

Dopo 40 giorni l'infermo va via coi suoi piedi. Nella mano destra restano contratture dei flessori della mano e delle dita; l'afasia è migliorata. Dopo un anno, riveduto l'ammalato, persiste la sola contrattura dei flessori, appena un po' di afasia; niente accessi.

## 2°.

Eduardo Gargiulo, studente in medicina, di anni 22, entrato in Clinica l'11 giugno 1890.

Il dì 7 giugno 1889 si esplose un colpo di rivoltella (calibro 7) sulla regione parieto-temporale destra. Immediatamente seguì formicolio ed intorpidimento alla mano sinistra. Potè camminare e portarsi all'ospedale dei Pellegrini. Tre quarti dopo l'accidente, l'infermo si accorse della paralisi al braccio sinistro. Dopo 7 ore, sopore che dura 7 giorni. Riavutosi da questo, si rileva emiplegia e paralisi della faccia a sinistra con emi-anestesia, che si corresse in pochi giorni. La paralisi dopo 26 giorni andò risolvendosi; rimase una paresi del braccio e della faccia.

Dopo 4 mesi dal 1° accidente, prima convulsione epilettica, che s'inizia dagli arti di sinistra, per generalizzarsi. D'allora in poi le convulsioni sono seguite a vari intervalli di 2-5 sino a 10 giornalmente. Singolare e preminente su tutti gli altri era lo spasmo di tutti i muscoli della faccia e della lingua; i denti battevano, e la lingua s'agitava. Anzi questo spasmo faciale, linguale e palpebrale era quasi in permanenza, e nei soli tentativi di parlare si ripeteva il piccolo accesso.

**Esame fisico.** — Sulla regione parietale di destra si nota una piccola prominenza e due cicatrici. La prominenza è piccola, rotonda, quanto e come una moneta di 2 centesimi, e si eleva per circa 3 millimetri. Dista 12 centimetri dal centro del forame uditivo esterno, sul decorso della linea bi-auricolare verticale. Se si tira una linea, la quale corrisponda al percorso della scissura rolandica, la linea passa un po' indietro della prominenza notata.

Esiste una cicatrice lunga 4 centimetri, diretta in basso ed in dietro della prominenza, dalla quale è lontana 4 centimetri.

Trascorrendo col dito su questa cicatrice si nota una depressione, profonda circa 3 millimetri, con un fondo duro resistente.

Questa depressione giace presso a poco sul solco post-rolandico: fu la ferita di entrata del proiettile.

---

(1) Allora non era stato ideato il metodo di topografia d'Antona.

Una seconda cicatrice giace in sopra e indietro della prima: è una contro-apertura fatta dal chirurgo a scopo di drenaggio.

**Operazione.** — Appena si distacca il lembo cutaneo, la prominenza appare formata dal proiettile, che con un piccolo scalpello viene sollevato, lasciando sull'osso una piccola impressione appena apprezzabile. Il proiettile si presenta schiacciato sulla faccia profonda, e convesso sul resto.

Si presenta la quistione se il proiettile sia intero schiacciato, ovvero sia solo un frammento. Sul momento la quistione è insolubile. Si procede verso il focolaio della frattura depressa dal proiettile; con lo scalpello sono tolti tutti i pezzetti di osso del piano della depressione, dopo di che appare la dura madre un po' inspessita.

Un piccolo tumoretto fungoso partiva dalla dura madre e s'intrometteva tra dei frammenti non saldati tra loro, tolti i quali il tumoretto restò come un piccolo polipo appeso alla dura madre. Fu asportato. Si credette così di aver rimosso la ragione meccanica della lesione, e la dura madre non fu aperta. Completa cucitura del lembo cutaneo e medicatura occlusiva.

Qualche ora dopo l'operazione si notano movimenti a scosse nei muscoli della mascella, del collo e delle dita, a sinistra. Temperatura, polsi, respirazione normale: qualche conato di vomito, ma nel complesso stato generale ottimo. Dopo poche ore i movimenti a scosse scompaiono.

Ricompaiono due giorni dopo: ha sensazione di stiramento al braccio sinistro e formicolìo all'arto inferiore corrispondente, e dopo pochi secondi da questi fenomeni precursori si passa alla convulsione.

Si vede infatti contrarsi con forza l'angolo labiale sinistro e chiudere l'occhio dallo stesso lato. A questa contrazione tonica della metà sinistra della faccia segue quella del braccio e della mano corrispondente, flessione delle dita, forte opposizione del pollice. La coscia e la gamba sinistra sono fortemente estese.

A questo punto l'infermo perde la coscienza, e la convulsione, sebbene non molto violenta, si estende ancora all'altro lato. La faccia si fa cianotica. I movimenti tonici sono seguiti da movimenti clonici, con deviazione coniugata degli occhi e del capo a sinistra. Dopo circa due minuti la convulsione si risolve lentamente. Il polso è molto più frequente del normale, la temperatura da 36°,8 ascende a 37°,2. Rimane l'infermo in uno stato d'irrequietezza, con scosse e spasmi parziali, ripetuti, e col sensorio depresso.

Dopo oltre cinque ore nuova convulsione che interessa soltanto la metà sinistra del corpo, e questa volta v'ha deviazione del capo e degli occhi verso destra.

Dopo due ore, terza convulsione simile alla prima. Dopo di che, nel dubbio che gli accessi potessero essere provocati nel focolaio della ferita da accumulo di prodotti, si scopre la ferita, e son tolti via i punti di sutura: vien fuori un po' di liquido siero-ematico. Dopo di cio l'infermo si sente sollevato e, cosciente del miglioramento, ringrazia dell'aiuto prestato.

Così ci convinciamo che la compressione dell'essudato ritenuto era la ragione meccanica di quello stato di agitazione insolita.

Si mise un piccolo drenaggio e si fece una medicatura leggiera, ma la sera dello stesso giorno seguì un quarto accesso convulsivo generale.

Si praticano allora delle iniezioni di morfina, e l'infermo riposa tutta la notte. Nei due giorni seguenti egli si sente bene, al terzo risente i soliti prodromi della convulsione, la quale però non va oltre; e dopo 10 minuti svanisce ogni disturbo. Tolto, in seguito, il tubo a drenaggio, la ferita guarisce rapidamente. Ma ad intervalli irregolari (8-15-20 giorni) le convulsioni ritornano.

Dopo due mesi l'operato ci si presenta dichiarando di non avere avuto più alcun accesso per tale elasso di tempo, e di star bene. Anche i movimenti della mascella non sono quasi continui come una volta e sono meno accentuati. Gli accessi però - in prosieguo - sebbene sempre non duraturi e meno intensi, sono ricomparsi.

Dopo sei mesi fin oggi, che sono scorsi due anni, gli accessi si sono fatti molto meno accentuati, meno duraturi e più rari: ogni 4 o 5 mesi.

## 3°.

Musella Giuseppe, da Miano, di anni 21, decoratore in stucchi.

Ereditarietà negativa; nessuna malattia pregressa degna di nota.

Entra in clinica il 9 novembre 1891 per una malattia incominciata 15-16 mesi addietro, quando lavorando, a ragione del suo mestiere, nella Galleria Umberto I, cadde dall'altezza

di un 2° piano, battendo al suolo con la spalla destra e la testa. Tosto caduto perdette i sensi, ma si riebbe ben presto e non presentò speciali disturbi psichici, motorii e sensitivi, se non che un lieve grado di balbuzie.

La notte ebbe una prima convulsione, con perdita completa della coscienza.

Le convulsioni, più o meno frequenti, da allora in poi si sono sempre succedute più spesso. Il padre (che racconta tutto ciò, non essendo il paziente ora al caso di darci ragguagli) fa osservare che, oltre le convulsioni, il figlio suo è andato sempre, dal momento del primo accidente in poi, deteriorando gradatamente e progressivamente nelle facoltà intellettive.

Infatti allo esame fatto in clinica l'infermo non presenta note morbose sensitive e motrici: è lo stato psichico quello maggiormente alterato. Non intende facilmente; le sue risposte sono fuori proposito, sconnesse, inconcludenti. Talfiata si fissa e persiste a pregare che lo si perdoni. Di quando in quando è preso da impulsi irresistibili di collera e di violenza, che si risolvono in un pianto, od in uno stato di profonda malinconia, e preoccupazione.

Le convulsioni seguono ancora incominciando con movimenti clonici dell'arto superiore destro per generalizzarsi, interessando l'arto superiore sinistro e quindi gli arti inferiori. Talvolta il vero accesso si preannunzia; ma non progredisce e non si sviluppa: il tutto si riduce a parziali contratture ed a gravi perturbamenti psichici, senza convulsione generale e senza perdita di coscienza.

Ecco la descrizione di una di queste fasi svoltasi dinanzi a noi seduto. Arto superiore sinistro contratto, antibraccio flesso sul braccio ad angolo retto; pugno chiuso, pollice opposto, stretto dalle altre dita della stessa mano.

Movimenti clonici dell'arto superiore sinistro accoppiati a lievi movimenti di supinazione e pronazione del pugno

Il tronco si cominciò a piegare in avanti, la testa ad abbassarsi sul petto.

A questo punto colla mano destra aperta eseguiva dei movimenti rotatorii che avevano per centro il pugno della mano sinistra ancora contratto.

Comincia a distendere ed allontanare fra di loro le dita della mano sinistra, nel mentre che coll'indice teso della mano destra strisciava sulla vola della mano sinistra o sulle dita.

Cessati questi movimenti, si è levato da sedere e con somma indecisione ha cercato di sbarazzarsi della giacca facendo dei passi incerti e malfermi.

Cavatasi la giacca sembrava che una idea fissa lo dominasse, e che assorbisse in lui qualunque altra sensazione che gli si poteva far pervenire da stimoli esterni. Le mani erano continuamente a ricercare, ora nelle tasche del vestito, ora cercando di prendere oggetti attorno a lui a terra, e che non esistevano. Si rimise la giacca aiutato, e continuò a stare seduto, assorto nella sua incoscienza e quasi spinto da idee indeterminate.

Allora si cominciò ad interrogarlo: sentiva quasi perfettamente il suono, percepiva i concetti più semplici in cui si richiedeva solamente il soccorso di pochissimi ricordi. Gli si domandava chi fosse: rispondeva dicendo il suo nome. Ma richiesto del nome di oggetti che gli si presentavano, pareva che non capisse la domanda, non rispondeva, e fissava lo sguardo stupito sulla persona che lo interrogava.

In lui pareva facesse difetto una sufficiente sequela di percezioni e ragionamento.

Perciò intendeva il concetto semplice espresso dal significato di poche parole, ma il processo d'ideazione non aveva in lui alcuna successione e connessione.

Percepiva, dirò così, l'idea più elementare che gli si suggeriva e l'idea si arrestava lì, nella fase incipiente di semplice percezione.

Tutto questo periodo, perdurato circa un quarto d'ora, poteva rassomigliarsi quasi ad uno stato di sonnambulismo, concomitante ad un deciso turbamento della psiche.

Sulla superficie laterale destra del cranio si riscontra una cicatrice curva a convessità in basso e in dietro, larga nel suo punto medio mezzo centimetro, lunga circa centimetri 8, la quale comincia a 8 centimetri in sopra e verticalmente dall'apofisi orbitaria esterna e segue quasi la direzione della linea curva temporale, 2 centimetri in sopra della stessa allontanandosi da questa di più nel suo estremo superiore e posteriore, il quale corrisponde sulla linea bi-auricolare del metodo di topografia d'Antona.

Altra cicatrice di centimetri 2, un mezzo centimetro a destra della linea mediana, 1 centimetro indietro del livello dell'esterno superiore della precedente. Una terza cicatrice di centimetri 1, 5, si trova un centimetro in sopra e fuori della protuberanza occipitale esterna e una quarta lunga 6 centimetri in alto dell'apice della mastoide e centimetri 4 indietro del padiglione auriculare.

Il 19 gennaio 1892, prima trapanazione.

Incisione a croce profonda sino all'osso, il cui punto d'intersezione corrisponde all'estremo superiore della lunga cicatrice sul parietale destro.

Trapanato l'osso e incisa la dura madre si scovre la sostanza cerebrale di apparenza normale. La stimolazione elettrica sulla sostanza cerebrale dà alla chiusura del circuito contrazioni dell'arto superiore e dei muscoli mimici di sinistra. La sera del giorno 21 convulsione generale.

Il 29 altra convulsione. Egli va divenendo sempre più carattere inquieto, irritabile. Seguono sino al 7 marzo 1892 altre convulsioni.

In vista delle rilevanti alterazioni psichiche, cui il paziente va incontro, il giorno 7 marzo si procede ad una doppia trapanazione sulle regioni frontali. Nella prima, a destra, il centro del disco osseo che si asporta, corrisponde a 5 centimetri e mezzo innanzi la verticale bi-auricolare.

Si scollano delle aderenze della faccia inferiore della dura.

Eguale procedimento a sinistra.

Il giorno 8 lieve convulsione.

Il giorno 15 guarito completamente delle operazioni subite, viene licenziato,

Abbiamo saputo che le alterazioni psichiche e le convulsioni continuarono.

Dopo alcune settimane egli si ammalò d'influenza, dopo la quale il suo stato peggiorò notevolmente. Adesso egli è ricoverato nel manicomio di San Francesco di Sales.

## 4°.

Festa Campanile Nicola, da Trani, di anni 21, studente, entrato nella Clinica Cardarelli il 2 dicembre 1891.

Nulla nel gentilizio. Anamnesi remota negativa.

Racconta che tre anni prima ricevette un calcio da un cavallo nella regione frontale destra. Vi fu frattura dell'osso, complicata a ferita delle parti molli. La ferita rimase aperta per oltre un anno; da essa venivano fuori di tratto in tratto, spontaneamente, dei piccoli frammenti ossei.

Guarito della ferita, egli cominciò a star bene per altri 14-15 mesi e volle ritornare a scuola.

Un bel mattino, mentre disponevasi ad uscire, fu improvvisamente colto da convulsioni. Da quel tempo in poi gli attacchi convulsivi si resero piu frequenti e piu intensi (sino a 23 al giorno). Alle convulsioni poi si aggiunsero dei brevi accessi maniaci.

In Clinica le convulsioni si sono ripetute frequentemente, con perdita completa della coscienza.

Esse incominciano sempre dal lato destro per diffondersi a tutto il corpo. Dopo la convulsione egli giace come sopito, quasi comatoso, e dopo ciò è ben di sovente invaso da un vero furore maniaco. Spesso è stato necessario usare la camicia di forza.

Sulla regione frontale destra spicca una cicatrice abbastanza larga e profonda.

Questa cicatrice, che ha direzione longitudinale, leggermente divergente in fuori, nel suo estremo superiore è larga due centimetri e mezzo. L'estremo inferiore tocca la parte media del margine sopraorbitale, e dista due centimetri e mezzo della linea mediana della glabella. Un centimetro in alto di questo estremo inferiore la cicatrice s'infossa in una fovea profonda digitata che può contenere il polpastrello del dito indice di un adulto. Ai margini laterali di questa fovea si sentono due margini ossei che la limitano. Cercando d'infossare il dito tra il bulbo oculare e la parete superiore dell'orbita, pare che tanto nel margine orbitale superiore che nella volta dell'orbita in corrispondenza della cicatrice, esista una depressione lineare, come residuo di una frattura antica.

Il giorno 18 febbraio è operato.

Incisione dei tessuti molli profonda sino all'osso parellelamente ed infuori del cordone di cicatrice cutanea verticale, per l'estensione di 5 centimetri.

Incisione parallela al margine sopraorbitale, in corrispondenza del sopraciglio per centimetri 4; altra incisione parallela a quest'ultima e della stessa estensione in sopra, sulla gobba frontale. Vengono così limitati due lembi rettangolari, a doppii battenti, laterali, che aderiscono all'osso sottostante e dal quale si distaccano a fatica. Allontanando i lembi si riscontra nel fondo una perdita della sostanza dell'osso, ovoidale, lunga un mezzo centimetro, larga un centimetro, la quale è colmata da una membrana sottile di un rosso-fosco, che sostituisce qui la sostanza ossea mancante, sotto la quale si sente la molle sostanza cerebrale.

Con lo scalpello si asportano i margini della perdita di sostanza ossea, e s'allarga la breccia; e così si scovre la dura madre, aderente all'aracnoide e trasformate insieme in una lamina di fitto tessuto fibroso cicatriziale, che viene asportato insieme alla sostanza corticale sottoposta, appartenente ad una delle circonvoluzioni frontali. Ispezionando il margine superiore della perdita di sostanza ossea, si nota nel mezzo di esso una linea cicatriziale, un po' esuberante, che univa due frammenti fratturali dell'osso. Col raschiatoio e con la leva,

*

dopo prolungata in alto l'incisione delle parti molli, scollati i due lembi che ne risultano, si sollevano i frammenti e si scovre ancora un infossamento dell'osso frontale. Si asporta la lamina ossea infossata.

Il giorno 26, convulsione, cominciata con contrazioni cloniche dei muscoli del lato destro della faccia, indi del lato sinistro; flessione della mano destra sull'antibraccio, flessione della mano sinistra, contrazione dell'arto inferiore destro, convulsione generale con perdita della coscienza. Coma.

Le convulsioni seguono così quasi giornaliere: a quando a quando accessi di furore.

Dal 18 marzo in poi si tranquillizza alquanto nello stato psichico e sino al 10 aprile non ha più convulsioni. Esce dalla Clinica. Si ha notizia che l'infermo è migliorato alquanto, ma non è guarito.

## 5°.

Maglione Antonio, di Piscinola, di anni 8, entrato in Clinica il 5 giugno 1891. Nulla di ereditario.

Quattro anni fa riportò un calcio di asino sulla regione laterale destra della fronte, che gli produsse grave ferita lacero-contusa, con frattura dell'osso sottostante ed intropressione di frammenti. Nessun fenomeno nervoso seguì tosto all'accidente: la ferita guarì per suppurazione. Dopo un anno incominciarono le convulsioni epilettiche con perdita di coscienza.

In tutte le convulsioni (1, 2, 3, 4 al giorno) è sempre la metà sinistra del corpo, la prima a muoversi, poi la destra. Partendo dal punto più depresso ed infossato della frattura si ha che esso corrisponde ad un centim. e mezzo di sopra l'apofisi orbitaria esterna e due centim. innanzi della sutura coronaria e 5 centim. e mezzo innanzi del punto corrispondente all'angolo inferiore del solco rolandico.

Craniectomia con lo scalpello per l'irregolarità ed il dislivello del piano osseo, sul quale avrebbe dovuto applicarsi il trapano. Si estraggono dei frammenti ossei, uno dei quali, a forma di chiodo con la testa, si affonda nella sostanza cerebrale con picciuolo corrispondente alla lacerazione della dura.

Si applica il lembo osteo-cutaneo, e si chiude la breccia. Un piccolo tubo è immesso lungo la doccia scavata sul lembo osseo. Dopo l'operazione seguono le convulsioni più rare. Quasi ogni giorno in Clinica ha avuto vari accessi (2, 3, 5), sia sotto forma di convulsioni epilettiche, sia sotto forma di vertigine, con perdita completa della coscienza. Mentre cammina perde di botto l'equilibrio e cade sul lato dritto del corpo come un apoplettico, manifestandosi strabismo interno a sinistra, ed esterno a dritta. L'angolo sinistro labiale è stirato in fuori. Il braccio sinistro vien preso da tremolìo più che da convulsioni. Dopo un periodo che varia da pochi secondi a tre minuti, l'infermo torna in sè, in uno stato di benessere tale come se non avesse sofferto alcun disturbo.

In qualche convulsione si è verificata la deviazione coniugata degli occhi e del capo: gli occhi rivolti verso l'emisfero ammalato ed il capo dal lato ove s'iniziano le convulsioni. Si è avuto notizia che il ragazzo è epilettico, quasi come prima.

## 6°.

De Vitis Angelo, di anni 18, di Letto Palena (Chieti), contadino. Nulla di ereditario. Durante la lattazione contrasse la sifilide. A 6 anni riportò un trauma sulla testa, per la caduta di una tegola, sulla regione parietale sinistra. Pare vi sia stata perdita di coscienza e della parola, la quale ultima si ripristinò dopo 29 giorni.

Tre anni fa, un mattino, nel levarsi dal letto, fu colto da una convulsione che s'iniziò, secondo fu riferito, con contrazioni dell'arto superiore destro, seguite da perdita di coscienza e generalizzazione dei movimenti convulsivi. Dopo tre mesi nuova convulsione. D'allora in poi le convulsioni sono divenute più frequenti, conservando sempre lo stesso tipo di localizzazione: nel principio dell'arto superiore destro per diventare generali, con perdita della coscienza.

**Esame fisico.** — Cranio dolicocefalico. Nella regione parietale sinistra notasi una cicatrice di forma semilunare, lunga due centimetri, larga un centimetro, profonda 1/2 centimetro.

Nel sito della cicatrice esiste un infossamento. Il centro della cicatrice corrisponde sul decorso della scissura rolandica (col metodo D'Antona) e dista 5 1/2 centimetri dal suo angolo superiore e centimetri 4 dall'inferiore.

**Trapanazione.** — Si rompe una cisti ematica sub-durale nel separare le parti molli dall'osso, in corrispondenza di una perdita di sostanza ossea. Incisione della dura. La su-

perficie delle due circonvoluzioni sottostanti rolandiche aderisce alla faccia inferiore della dura. Si scollano queste aderenze. La sostanza cerebrale è di un colorito rosso-feccia di vino.

Si raschia per due o tre millimetri di spessore. Lo stimolo elettrico applicato ripetumente ed anche profondamente non dà alcuna reazione. Si controlla la corrente sulla lingua del dottor De Bellis e si constata il perfetto funzionamento dell'apparecchio elettrico. Dopo sterilizzati gli aghi vengono nuovamente infissi profondamente e superficialmente nella sostanza cerebrale. Nessuna reazione. Guarigione per prima. Nessuna convulsione. Esce il 22 marzo dalla Clinica. Riceviamo ulteriori notizie. 30 marzo. Stato ottimo. 24 maggio. Dopo 50 giorni dall'operazione ha avuto una convulsione. Altra convulsione dopo 15 giorni da quest'ultima.

Nessun'altra nuova.

## 7°.

Casciano Giovanni di Vincenzo, di anni 27, da Napoli, entrato in Clinica il 25 aprile 1892.

Ereditarietà negativa. Non ha mai sofferto malattie d'importanza. Ha prestato servizio lodevolissimo come torniere nella marina militare. Nell'agosto 1889, in una rissa, riportò una profonda ferita sul parietale sinistro con un colpo di bastone. La ferita sanguinò abbastanza, e fu medicato allo sparadrappo. Guarì dopo pochi giorni. Nel gennaio 1890, sino a tutto febbraio e marzo dolori al lato sinistro del capo. Alla fine di marzo, un giorno il dolore si fece intenso e l'infermo fu obbligato a mettersi a letto, ove giacque quasi comatoso.

Chiamato fortemente, diede manifesti segni di afasia. A questa seguì, dopo pochi giorni, emiplegia diritta. Dopo 12-14 giorni la paralisi cominciò a risolversi e così anche l'afasia progredendo lentamente sino allo stato attuale. Dopo 9 mesi dal coma, ebbe una prima convulsione. Le convulsioni, d'allora in poi si sono sempre seguite ogni 20-30 giorni, iniziandosi con una contrattura tonica dell'antibraccio e mano destra, con retrazione dell'angolo labbiale sinistro e perdita di coscienza.

Il padre afferma che l'intelligenza del figlio, da che sono cominciate le convulsioni, sia molto deperita.

I disturbi che presenta in Clinica l'infermo sono i seguenti:

1° La parola è inceppata. Nel pronunziare le parole precipita qualche sillaba, e tralascia qualche volta delle lettere, frequentemente il *d*, o gruppi di lettere, sostituendovi una specie di aspirazione;

2° Scrittura. È incapace di scrivere da sè come prima; scrive però sotto dettato o copiando, ma tralascia spesso lettere e sillabe;

3° Nel cammino avverte debolezza all'arto inferiore destro, che distacca dal suolo con una certa difficoltà, specie nel girarsi su sè stesso. Il piede destro striscia un pochino sul suolo;

4° Convulsioni. S'iniziano con movimenti della testa e del braccio destro, diffondendosi a tutto il corpo. L'accesso dura in media 5 minuti e le ultime parti che cessano di contrarsi sono gli arti superiori di destra. Sensibilità normale.

All'esame somatico generale nulla d'importanza. Cranio mesocefalico simmetrico. Nella regione parietale sinistra si nota una cicatrice cutanea leggermente infossata quanto un occhio di pernice, di forma triangolare. Essa è sita due centimetri in alto della linea curva temporale, 35 millimetri avanti della bi-auricolare d'Antona, all'altezza della metà della rolandica, o qualche millimetro in sotto. La cicatrice è mobile con la cute circostante sul piano osseo, però questo presenta, in corrispondenza della cicatrice, un'irregolarità di superficie, consistente in una cresta ossea, lunga circa due centimetri, diretta da dietro in avanti e da sopra in sotto, la quale limita un superficiale avvallamento. Dalla cicatrice, scorrendo col dito obliquamente in su e indietro, si apprezza e si rileva un infossamento foveale, da accogliere bene il polpastrello dell'indice, l'estremo superiore della quale fovea arriva giusto all'unione del terzo superiore con i due terzi inferiori della bi-auricolare d'Antona. In corrispondenza di questa cicatrice l'infermo dice d'aver riportato il colpo del bastone.

Il giorno 12 maggio si procede alla trapanazione.

Il suo centro corrisponde alla cicatrice. Tolto il disco osseo, la dura madre protubera. Si incide.

Aracnoide ispessita e torbida ed aderente alla dura — si scollano le aderenze. Pia congesta. Infissi nella sostanza cerebrale i reofori della slitta elettrica (10-15 mm.) non si hanno contrazioni: si ha però il sospetto che l'apparecchio non funzioni. Dopo l'operazione continuarono per giorni a sussistere i disturbi di cui era afflitto l'operato. Però le convulsioni si fanno sempre più rare.

In prosieguo si inizia e progredisce sempre un notevole miglioramento nella parola, nella scrittura, nei movimenti. Le convulsioni cessano del tutto.

Da parecchio tempo già l'operato ha ripreso il suo mestiere ed è stato riammesso nel suo servizio all'arsenale come persona perfettamente sana.

## 8°.

Elvira C. di a. 17, maritata, nata e domiciliata a Salerno.

Madre vivente e sana. Padre morto a 48 anni dopo di essere stato affetto, per circa tre anni, di una malattia mentale, il cui precipuo carattere si presentava con una forma di delirio di grandezza. Non altro per parte del gentilizio. La signora Elvira non ricorda nella sua infanzia e nella giovinezza di aver sofferto malattie notevoli se non il morbillo e l'ileo-tifo.

A 15 anni andò a marito.

Il dì 27 luglio dello scorso anno (1892) ella fu colpita con un violento pugno chiuso nella regione parietale sinistra. Immediatamente dopo il colpo avvertì come uno stordimento generale da cadere a terra con compromissione della coscienza, e con forte dolore nella località nella quale, per altro, non si notò nulla di speciale, nè alcuna soluzione di continuo, nè gonfiore o altro.

Dopo 24 ore dal trauma ella fu assalita da un primo accesso di convulsione, senza alcuna aura preventiva e con perdita della coscienza. Pare che sin da principio le convulsioni le quali dopo il primo accesso si ripeterono quasi giornalmente — assumessero nel loro inizio la forma di monospasmo della mano e del braccio sinistro; vale a dire omonimo al lato offeso. Da queste regioni si estendevano all'arto inferiore corrispondente, per diventare quindi generali.

Dopo circa un mese le convulsioni diminuirono di frequenza; ricorrevano variabilmente ogni 3-4-5 giorni, conservandosi, sempre, nel loro cominciamento, nella stessa forma di monospasmo brachiale sinistro.

Il giorno 16 ottobre, procedendo all'esplorazione della regione parietale offesa, cioè con una lieve palpazione dell'aia colpita dal trauma, si è provocata una leggiera forma convulsiva. Si è notata trazione in fuori dell'angolo boccale sinistro, monospasmo completo della mano sinistra con mediocre conservazione della coscienza. Questo stato si è protratto un paio di minuti. Si è notato altresì blefaroptosi sinistra.

Dal giorno 20 in poi le convulsioni cominciarono novellamente a ripetersi con gli stessi caratteri suesposti. Dal giorno 26 le convulsioni diventarono molto più frequenti (6-7 al giorno), nonostante le cure, iniezioni di morfina alle quali l'inferma si sottometteva. La temperatura è stata sempre normale. L'inferma ed i suoi non riferiscono altro speciale disturbo funzionale, se non un generale stato di malinconia, che affligge bene spesso la paziente.

Operata il giorno 13 novembre. La trapanazione fu eseguita dallo stesso lato della lesione, nel punto colpito dal trauma, nella regione parietale sinistra, a 42 millimetri indietro della bi-auriculare verticale, partendo dall'altezza di 55 millimetri in sopra del centro del condotto auditivo: quindi in corrispondenza del terzo posteriore della prima temporale, tra la scissura silviana e la parallella. Nello asportare il disco osseo, il distacco fu un po'forzato]: il tavolato interno si mostrò immediatamente più rugoso e poroso; sangue in discreta quantità venne dalla superficie della dura, la quale presentava una superficie irregolare. con vegetazioni sporgenti come fossero tante piccole escrescenze, di colorito gialliccio, ma certamente aderenti e facienti parte della dura; e che furono superficialmente raschiate. Perciò non si credette necessario aprire la dura. La ferita esterna fu tutta suturata, previa immissione di un piccolo tubetto a drenaggio. Apiressia sempre.

Dopo l'operazione qualche conato di vomito e lieve sensazione di dolore sulla località. L'inferma dichiara di essere liberata da quella molesta sensazione, che perennemente soffriva. Mai più, dopo l'operazione, il benchè minimo accenno di movimenti convulsivi; e così continuò per tutto il tempo della cura fino a che ritornò in paese. Dopo 24 ore dall'operazione, viene ritirato il tubo a drenaggio e dopo 3 giorni vengono tolti i punti di sutura. La riunione per prima è completa. Nuova medicatura.

Il giorno 29 novembre ella stessa va a casa dell'operatore per farsi rivedere. Conferma il suo stato completo di benessere e non aver mai più avvertito, dopo l'operazione, alcun disturbo psichico e motorio. Nutrizione molto rilevata. Tolta la medicatura si trova completa la cicatrizzazione. Da notizie ricevute giornalmente da Salerno consta che la signora fu sempre bene.

Dopo poche settimane dal suo ritorno a Salerno, fu sottoposta ad un perizia medico-legale. Ella sola alla presenza del giudice e del dottore si lasciò maltrattare in tutti i modi dal perito, che voleva col dito esaminare il fondo della lesione ossea e saggiare persino la consistenza del tessuto cerebrale. La signora ne soffrì molto e ritornò la sensibilità con le convulsioni. Ritorna a Napoli e si presenta al prof D'Antona che dal racconto viene sommamente esasperato.

Ricovre con ovatta la regione ed ordina assoluto riposo, tranquillità, ed incomincia a somministrare le pillole di nitrato d'argento e belladonna.

Dal domani di questa osservazione cessa ogni molestia, ritorna ogni cosa nello stato di completà sanità, che dura tuttora ed è quasi un anno.

## 9°.

Signorina Jessy R., d'anni 13, mestruata da un anno, sino al suo nono anno perfetto sviluppo ed intelligenza eccezionale. Nella sua famiglia erano occorsi parecchi gravi casi di difterite. Ella, allora di 9 anni, contrasse una forte corizza. Dopo un mese improvvisamente o subitamente fu presa da violenta convulsione iniziatasi nella metà destra del corpo, della faccia per subito generalizzarsi, con perdita completa della coscienza. In questo stato durò per circa 3 ore e mezzo. Però in due giorni la signorina si riebbe di tutti i disturbi conseguiti al grave accesso. Giusto dopo 45 giorni nuovo accesso grave durato 5 ore, e seguito da febbre, perturbazione depressiva mentale, afasia ed emiparesi destra. Dopo pochi giorni cade la febbre, e con tutti gli altri disturbi paretici si rileva ora afasia atassica ed agrafia. Persiste la cefalea parietale sinistra. Dopo 5 mesi altri accessi meno durevoli. Dopo questi ultimi però i residui dell'attacco s'accentuano e s'iniziano contratture nelle dita e mano dritta. Progredisce il degradamento mentale, si ripetono più spesso gli accessi, ma divengono meno intensi e meno completi.

Stato presente: afasia, agrafia, amnesia, stato contratto dei muscoli della mano e delle dita a destra, paresi dell'arto inferiore corrispondente, piccoli accessi convulsivi, talvolta appena accennati, con contrazioni limitate dei muscoli della mano, altra volta diffondentisi per tutto il braccio, alla spalla, alla faccia; e per una o due volte al giorno l'accesso si generalizza, con perdita della coscienza e con emissione involontaria delle urine. Facoltà mentali depresse.

Trapanazione sulla regione mediana rolandica con trapano 30 m. m. La dura procede e si mostra tesa, attraverso la breccia ossea. Apertala si scovre un forte infiltramento edematoso, quasi gelatinoso, sub-aracnoidale.

Fatto colare un po' di liquido con piccola incisione e scacciandolò con la pressione, si scende col polpastrello del dito in un focolaio di rammollimento, che si affonda sino a comprendere la corteccia e la sottostante sostanza bianca, in modo da non potersi raggiungere profondamente. Notevole il cercine d'indurimento del tessuto nervoso attorno, che limita quel focolaio. Punzione ripetuta con l'ago di una siringa di Pravaz, poi piccola incisione, attraverso la quale si scende con una guida per lacerare e dissociare: non cola nulla. S'infigge profondamente un piccolo Paquelin e si ripete in altro punto vicino. Chiusura e cucitura della dura. Andamento favorevolissimo dell'operazione. Miglioramento nei primi giorni nella cefalea, nell'intensità delle contratture, ed anche nell'intensità e durata degli eccessi, sino al 14° giorno.

La fovea cicatrizzata della trapanazione si mostra depressa, chiaramente pulsante: fatto che mancava durante l'operazione.

Dopo questo periodo gli accessi cominciarono a riprestinarsi come prima, e così tutti gli altri fatti appresso; cosichè, dopo 4 mesi, la signorina ritornò allo stato primiero.

## Conclusioni.

1°. Nessun morto.

2°. Nessuno peggiorato, salvo il 1° (Gianmuto) con le sue contratture, compensate dalla guarigione dell'epilessia.

3°. Degli operati di epilessia generalizzata alla regione frontale, uno (Festa) migliorato (rari accessi, nessuno furioso); il 2° (Maglione) risultato nullo, per quanto si sappia.

4°. Nell'operata all'occipite, per epilessia riflessa e con convulsioni dello stesso lato, guarigione immediata completa e durevole.

5°. Nell'operato nella rolandica, per epilessia generalizzata, risultato nullo (Musella).

6°. Negli operati nella rolandica, con epilessia parziale, miglioramento in tre (De Vitis, Gianmuto e Gargiulo). In un 4° guarigione quasi completa (Casciano).

7°. In un'operata per rammollimento, probabilmente infettivo, della rolandica, risultato nullo.